

	D	EN	NU	N	CIA	AC	MI	NIS'	TR/	\TI\	/Δ
--	---	----	-----------	---	-----	----	----	------	-----	------	----

PLAN:

Casa Central:Av. Leandro N. Alem 530, Piso 1 - (C1001AAN) CAPITAL FEDERAL - Tel.: (011) 5236-4300 / e-mail: casacentral@beneficlo.com.ar Sede Administrativa: Córdoba 1015 - Piso 2 - Oficina 7 - (2000) ROSARIO - Tel.: (0341) 527-1071 e-mail: beneficlo@beneficlo.com.ar Agencia Salta:Santiago del Estero 789 Local 6 - (4400) SALTA - Tel.: (0387) 496-1925 / e-mail: salta@beneficlo.com.ar

www.beneficloweb.com.ar

CERTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN								
Por la presente certifico que el día/he realizad	o a							
LE/LC/DNI/CI N°	la intervención quirúrgica							
que se detalla a continuación:								
Nombre de la/s intervención/es realizada/s:								
Código/s de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y sanatoriales:								
Diagnósticos / Datos relevantes de la historia clínica:								
Fecha de inicio de Enfermedad:								
redita de linicio de Emerimenta.								
DEDOONIAO C	FOLIBAG							
DATOS DEL PROFESIONAL	INTERVINIENTE							
Apellido y nombres:								
Número de Matrícula Provincial:								
Número de Matrícula Nacional:								
Tipo y Número de Documento:								
Dirección:								
Teléfono:								
DATOS DEL ESTABLECIMIEN	ITO ASISTENCIAL							
Razón Social:								
Dirección:								
Teléfono:								
Firms v calle del Profesional	Eirme v celle del Descripchia							
Firma y sello del Profesional	Firma y sello del Responsable del Establecimiento Asistencial							
	uei Establecimiento Asistencial							